

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Tatjana Grebeškova

**TERVISEGA SEOTUD ELUKVALITEET (HRQoL) LASTEL JA NOORUKITEL EESTI,
LÄTI, PRANTSUSMAA JA ITAALIA VÕRDLUS**

Magistritöö

Juhendajad: Iris Tuvi, *PhD*; Kenn Konstabel, *PhD*

Eesti Laste Vaimse Tervise Uuringu (LVTU) tellijaks ja rahastajaks oli Sotsiaalministeerium.

Tartu 2026

Tervisega seotud elukvaliteet (HRQoL) lastel ja noorukitel Eesti, Läti, Prantsusmaa ja Itaalia võrdlus.

Lühikokkuvõte

Magistritöös võrreldi Eesti laste ja noorukite tervisega seotud elukvaliteeti (HRQoL) Läti, Prantsusmaa ja Itaalia andmetega ning analüüsiti Eesti valimis madalamate näitajatega seotud tegureid. Lisaks analüüsiti, kas Eesti laste ja noorukite HRQoL näitajad erinevad vanuserühmade ja soo lõikes sarnaselt varasemates uuringutes kirjeldatud tulemustega. Analüüs põhines KIDSCREEN-52 küsimustiku vastustel ja hõlmas peamisi füüsilise, psühholoogilise ning sotsiaalse heaolu mõõtmeid. Eesti tulemused olid Lätiga võrreldes valdavalt kõrgemad, Prantsusmaaga võrreldes oli Eesti lastel madalam ainult enesetaju ning Itaaliaga võrreldes ainult füüsilise tervise hinnang. See näitab, et Eesti noorte HRQoL ei olnud tervikuna ei nõrgem ega tugevam, vaid erines eri mõõtmete lõikes. Eesti valimis hindasid poisid oma elukvaliteeti mitmes mõõtmes kõrgemalt kui tüdrukud. Suurim sooline erinevus ilmnis enesetajus. Vanemad noorukid hindasid mitmes mõõtmes oma HRQoL-d madalamalt. Madalama füüsilise tervisega seostusid eeskätt kehvem unekvaliteet, pikem digiseadmete kasutamise aeg ja kõrgem tajutud stress, samal ajal kui spordiga seotud huvitegevuses osalemine seostus kõrgema füüsilise tervisega. Madalama enesetajuga seostusid tüdrukuks olemine, kehvem unekvaliteet, pikem digiseadmete kasutamise aeg ja kõrgem tajutud stress. Uuring osutas, et Eesti noorte haavatavamad elukvaliteedi valdkonnad on enesetaju ja füüsiline tervis, samas kui autonoomia ja peresuhted on pigem tugevused.

Märksõnad: laste ja noorukite elukvaliteet, tervisega seotud elukvaliteet (HRQoL), KIDSCREEN-52, rahvusvaheline võrdlus, LVTU

Health-Related Quality of Life (HRQoL) in Children and Adolescents: A Comparison of Estonia, Latvia, France, and Italy

Abstract

The master's thesis compared the health-related quality of life (HRQoL) of children and adolescents in Estonia with data from Latvia, France, and Italy, and analysed factors associated with lower HRQoL indicators in the Estonian sample. In addition, the study examined whether the HRQoL indicators of Estonian children and adolescents differed across age groups and gender similarly to patterns described in previous studies. The analysis was based on the KIDSCREEN-52 questionnaire and included the main dimensions of physical, psychological, and social well-being. Compared to Latvia, the Estonian results were generally higher. Compared to France, Estonia showed lower results only in self-perception, and compared to Italy, only in physical well-being. These findings indicate that the HRQoL of Estonian youth was neither consistently lower nor higher overall, but differed across specific dimensions. In the Estonian sample, boys rated their quality of life higher than girls in several dimensions. The largest gender difference appeared in self-perception. Older adolescents rated their HRQoL lower in several dimensions. Lower physical well-being was mainly associated with poorer sleep quality, longer screen time, and higher perceived stress, whereas participation in sports-related extracurricular activities was associated with higher physical well-being. Lower self-perception was associated with being female, poorer sleep quality, longer screen time, and higher perceived stress. The study indicated that the more vulnerable areas of quality of life among Estonian youth are self-perception and physical well-being, while autonomy and family relationships appear to be relative strengths.

Keywords: children and adolescents' quality of life, health-related quality of life (HRQoL), KIDSCREEN-52, international comparison, Estonian Children's Mental Health Study (LVTU)

Teaduskirjanduses puudub elukvaliteedi käsitlemisel ühtne terminoloogia. Mitmetes uuringutes kasutatakse mõisteid elukvaliteet (*quality of life*), heaolu (*well-being*) ja eluga rahulolu (*life satisfaction*) sisuliselt lähedaste või isegi vastastikku asendatavate terminitena, hoolimata nende erinevatest teoreetilistest lähtekohtadest ja uurimuslikest rõhuasetustest. Sellele probleemile juhtiti tähelepanu juba 1980. aastatel, mil teadusringkondades väljendati muret seoses sellega, et termineid elukvaliteet (QoL) ja tervisega seotud elukvaliteet (HRQoL) kasutatakse kirjanduses sageli ilma selge kontseptuaalse eristusega. Antud küsimus on aktuaalne ka tänapäeval, kuna arutelud nende mõistete määratlemise ja operatsionaliseerimise üle jätkuvad nii teoreetilisel kui ka metodoloogilisel tasandil (Karimi & Brazier, 2016).

Elukvaliteet (QoL) on üldine kontseptsioon, mis hõlmab kõigi eluvaldkondade mõju hindamist inimese üldisele heaolule. Kuna see mõiste ei piirdu üksnes tervisega seotud elu aspektidega, on see tervishoiu kontekstis kasutamiseks liiga lai (Gurková, 2011). Tervisega seotud elukvaliteet (HRQoL) seevastu kujutab endast QoL-i spetsiifilist alamkonstrukti, mis keskendub tervisele ning sellega seotud igapäevastele toimetulekuvõimalustele. HRQoL hõlmab subjektiivseid hinnanguid füüsilisele seisundile, psühholoogilisele heaolule, sotsiaalsele kohanemisele ja funktsioneerimise tasemele (Ravens-Sieberer et al., 2014). Antud töös käsitletakse HRQoL-i kui laste ja noorukite subjektiivset hinnangut oma tervisega seotud füüsilisele, psühholoogilisele ja sotsiaalsele heaolule.

Laste ja noorukite tervisega seotud elukvaliteedi (HRQoL) mõõtmist on pikka aega käsitletud oluliselt vähem kui seda on tehtud täiskasvanute populatsiooni hõlmavates uuringutes. Befus jt (2023) süstemaatilise ülevaate kohaselt oli vaid 12% tervise ja meditsiiniteaduste valdkonna elukvaliteedi uuringutest suunatud lastele ja noorukitele, kusjuures enamik uuringuid keskendus kliinilistele valimitele, mis piirab arusaamist laste ja noorukite elukvaliteedist üldpopulatsioonis. Sarnastele järeldustele jõuti ka Solansi jt. (2008) ülevaates, kus toodi esile, et laste ja noorukite elukvaliteedi mõõtmisvahendite väljatöötamine ja valideerimine algas märkimisväärselt hiljem ning jääb mahult tänaseni alla uuringutele, mis käsitlevad täiskasvanuid.

Viimastel aastakümnetel on üha enam rõhutatud laste ja noorukite enesehinnangute (*self-report*) tähtsust. Laste heaolu ei saa täielikult mõista üksnes vanemate, õpetajate või tervishoiutöötajate hinnangute põhjal, sest mitmed heaolu aspektid, näiteks emotsionaalne seisund, enesetaju ja suhted eakaaslastega, on olemuselt subjektiivsed. Seetõttu annavad laste enda vastused olulist teavet selle kohta, kuidas nad kogevad oma tervist, igapäevaelu ja

sotsiaalsed keskkonda (Navarro et al., 2017).

Lapse- ja noorukieas ilmnev madal HRQoL võib olla püsiva iseloomuga ning kanduda edasi täiskasvanuikka, mis rõhutab ebasoodsate arengusuundumuste varajase tuvastamise olulisust. Lisaks on HRQoL oluline indikaator laste populatsiooni heaolu seireks ning ennetuslike, hariduslike ja kliiniliste sekkumiste tõhususe hindamiseks. HRQoL näitajad on ajas ja sotsiaalse konteksti muutuste suhtes tundlikud, võimaldades nii rühmadevahelisi kui ka rahvusvahelisi võrdlusi ning laste heaolu dünaamika analüüsi ühiskondlike muutuste tingimustes (Ravens-Sieberer et al., 2008).

HRQoL uurimine lastel ja noorukitel võimaldab anda integreeritud hinnangu nende heaolule, ühendades füüsilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed aspektid, ning loob metodoloogilise aluse teadusuuringuteks, sekkumiste väljatöötamiseks ja lapsekeskse sotsiaal- ning tervisepoliitika kujundamiseks. HRQoL mõõtmise kasvav tähtsus avaldub ka selle kasutamises rahvastiku tervises seisundi ajas jälgimisel, madala elukvaliteediga alarühmade tuvastamisel ning rahvatervise sekkumiste mõju hindamisel üldpopulatsioonis (Ravens-Sieberer et al., 2014).

Laste ja noorukite elukvaliteedi determinandid

Varasemad uuringud näitavad, et noorukite HRQoL-i mõjutavad nii individuaalsed omadused (vanus, sugu, psühholoogilised ressursid), sotsiaalsed tegurid (perekonna toetus, suhted eakaaslastega, koolikeskkond) kui ka elutingimused ja sotsiaalmajanduslik staatus (Ravens-Sieberer et al., 2014).

Populatsiooni uuringud on näidanud vanuselisi erinevusi HRQoL-s lastel ja noorukitel. Näiteks kogusid Bisegger jt. (2005) andmeid 3710 noorukist seitsmest Euroopa riigist ning leidsid, et laste HRQoL tase on mitmetes aspektides kõrgem kui noorukitel. Sarnaseid tulemusi näitasid Meade jt. (2015), kes uurisid noorukite andmeid Austraalias ning leidsid, et nooremad lapsed hindasid oma HRQoL-d kõrgemaks kui vanemad. See võib olla seotud keskkonna- ja füüsiliste teguritega, kuna vanemaks saades puutuvad lapsed kokku muutustega oma füüsilises ja sotsiaalses elus, mis nõuab pidevat kohanemist ja suurendab stressi.

Soolised erinevused võivad olla seotud puberteedi füsioloogiliste iseärasustega. Kuna tüdrukud on murdeeas menstruatsiooni algfaasis, võivad hormonaalsed kõikumised, sagedased stressirohked elusündmused ja spetsiifilised toimetuleku mehhanismid põhjustada vaimse tervise

halvenemist ning üldiselt muretsevad tüdrukud oma heaolu pärast poistest rohkem (Michel et al., 2009). Kuigi mõnede uuringutega on uuritud vanuse ja HRQoL vahelist seost, on siiski vähe teadustöid, mis käsitleksid võimalikke mehhanisme, mis selle seose taga peituvad, eriti laste seas (Wang et al., 2022).

Perekonna sotsiaalmajanduslikku staatust (SES) käsitletakse ühe püsiva kontekstuaalse tegurina, mis on seoses laste tervisega seotud elukvaliteedi (HRQoL) näitajatega. Arvukad populatsiooni- ja rahvusvahelised uuringud näitavad, et vanemate madalam sissetuleku- ja haridustase on seotud laste füüsilise, psühholoogilise ja sotsiaalse heaolu ebasoodsamate näitajatega juba varases ja keskmises lapsepõlves (Befus et al., 2025a; Rajmil et al., 2014). Kuigi sotsiaalmajandusliku staatuse (SES) ja tervisega seotud elukvaliteedi (HRQoL) vaheline seos on tavaliselt mõõdukas, tunnevad kõrgema sotsiaalmajandusliku taustaga perede lapsed end keskmiselt paremini. See erinevus püsib ka riikides, kus sotsiaaltoetuste süsteem on hästi arenenud. See näitab, et sotsiaalne ebavõrdsus mõjutab laste tervist ja heaolu ka laiemal ühiskondlikul tasandil. (Befus et al., 2025).

Lisaks rõhutavad uuringud, et SES-i mõju HRQoL-ile on vahendatud ning avaldub koostoimes perekeskkonna, psühhosotsiaalse stressi ja koolikeskkonna toimimise tingimustega (Reiss et al., 2019). See omakorda rõhutab arengu sotsiaalse konteksti varajase hindamise ning ennetavate sekkumiste olulisust, mis on suunatud sotsiaalse ebavõrdsuse vähendamisele laste tervise valdkonnas.

Seos kehakaalu ja tervisega seotud elukvaliteedi (HRQoL) vahel lastel ja noorukitel on rahvusvaheliste uuringute tulemustes järjepidevalt kinnitust leidnud. Euroopa KIDSCREEN-uuringu andmed näitavad, et ülekaal ja rasvumine on võrreldes normkaaluga seotud madalamate HRQoL-i näitajatega, kusjuures kõige suuremad erinevused ilmnevad füüsilise heaolu valdkonnas (Ottova et al., 2012). Sarnased järeldused on esitatud Buttitta et al. (2014). süstemaatilises ülevaates, kus rõhutatakse, et kõrgem kehamassi indeks (*body mass index*, BMI) on seotud mitte ainult füüsilise funktsioneerimise halvenemisega, vaid ka madalamate psühhosotsiaalse heaolu hinnangutega, sealhulgas enesehinnangu ja kehapildi tajumisega.

Norra andmed, mis põhinevad nii laste eneseraportitel kui ka vanemate hinnangutel HRQoL-i ennustavate tegurite kohta, kinnitavad, et kõrgem BMI on oluline HRQoL-i languse prediktor, eriti füüsilise heaolu ja enesetaju skaaladel (Helseth et al., 2015). Autorid märgivad, et

vanemad tajuvad üldjuhul paremini lapse füüsiliste piirangutega seotud ilminguid, samas kui vähem nähtavad emotsionaalsed elukvaliteedi aspektid võivad jääda alahinnatuks.

HRQoL rahvusvahelises võrdluses

Laste ja noorukite HRQoL-i rahvusvaheline võrdlemine võimaldab hinnata, kuivõrd laste heaolu mustrid on universaalsed ning kuivõrd need sõltuvad riigi sotsiaalsest, kultuurilisest ja majanduslikust kontekstist. Kuigi HRQoL põhineb lapse subjektiivsel hinnangul, ei kujune need hinnangud isoleeritult. Neid mõjutavad ühiskondlikud tingimused, sealhulgas haridussüsteem, tervishoiu kättesaadavus, sotsiaalne ebavõrdsus, perede toetamise võimalused ja kultuurilised normid (Ravens-Sieberer, 2007; Ottova et al., 2012; Haraldstad et al., 2019).

Seetõttu ei tule riikidevahelisi erinevusi HRQoL näitajates tõlgendada üksnes laste individuaalsete omaduste erinevusena. Need võivad osutada ka laiematele struktuursetele ja sotsiaalpoliitilistele erinevustele. Rahvusvahelise võrdluse kontekstualiseerimiseks kasutatakse käesolevas töös inimarengu indeksit (*Human Development Index*, HDI), mis koondab teavet riikide tervise, hariduse ja elatustaseme kohta (Klugman et al., 2011; HDR, 2025). HDI ei selgita otseselt laste HRQoL-i erinevusi, kuid aitab paigutada riigid laiemasse arengukonteksti ning tõlgendada tulemusi võrreldava sotsiaalmajandusliku tausta alusel.

Käesolevas töös võrreldakse Eesti laste ja noorukite HRQoL näitajaid Läti, Prantsusmaa ja Itaalia andmetega. Eesti kaasamine rahvusvahelisse võrdlusanalüüsi koos Läti, Prantsusmaa ja Itaaliaga võimaldab kirjeldada riikidevahelist varieeruvust HRQoL näitajates ning eristada universaalseid ja riigispetsiifilisi mustreid tervisega seotud elukvaliteedi kujunemisel. Peamiseks võrdlusriikide valiku põhjuseks oli nende riikide analüüsitulemuste edasisteks analüüsideks sobiv esitus rahvusvahelistes publikatsioonides. Teine põhjus oli soov kaasata vähemalt üks riik, mis on meile kultuuriliselt ja ajalooliselt lähedase taustaga, nagu seda on Läti.

Läti on Eestiga võrreldav riik regionaalse konteksti ja sarnaste HDI väärtuste poolest (HDR, 2025). Varasemad uuringud ei ole näidanud suuri erinevusi Eesti ja Läti laste ning noorukite heaolus. Eurostati andmetel hindas 2024. aastal oma tervist heaks või väga heaks 89,2% Eesti ja 89,5% Läti noortest, mis viitab sarnasele subjektiivse tervise tasemele (Eurostat, 2026). Oja jt.(2020) uuring näitas, et Eesti ja Läti koolinoorte tervisekäitumise trendid olid aastatel 2006–2018 sarnased. Mõlemas riigis vähenes füüsiline aktiivsus ja suurenes ülekaalulisus. UNICEF Innocenti raport (Timár & Rees, 2026) tõi samuti esile sarnased sotsiaal-majanduslikud muutused mõlemas riigis.

UNICEFi “Child Well-Being in an Unpredictable World” raporti järgi (UNICEF, 2025) on Eesti laste ja noorukite heaolu näitajad mitmes valdkonnas madalamad kui Prantsusmaal ja Itaalias. Vaimse tervise ja füüsilise tervise näitajad kuuluvad HRQoL põhikomponentide hulka. Vaimse tervise mõõtmes paiknes Eesti 33. kohal, Prantsusmaa 11. ja Itaalia 8. kohal. Füüsilise tervise mõõtmes oli Eesti 26. kohal, Prantsusmaa 2. ja Itaalia 16. kohal (UNICEF, 2025).

Eestis kohandati ja testiti 2016. aastal laste ja noorukite tervisega seotud elukvaliteedi hindamiseks küsimustik KIDSCREEN-52. Küsimustik tõlgiti eesti ja vene keelde ning andmed koguti esindusliku valimi alusel (Konstabel et al., 2016). Eestis koguti 2024. aastal andmed laste ja noorukite tervisega seotud elukvaliteedi kohta KIDSCREEN-52 küsimustiku abil Laste Vaimse Tervise Uuringu (LVTU) raames (Tuvi jt., 2024). Kuigi nimetatud andmed võimaldavad kirjeldada HRQoL näitajaid Eestis riiklikul tasandil, ei ole neid seni süstemaatiliselt kaasatud rahvusvahelisse võrdlevasse analüüsi. Samal ajal kasutatakse mitmes Euroopa riigis, sealhulgas Prantsusmaal ja Itaalias, KIDSCREENi andmeid regulaarselt riikidevahelisteks võrdlusteks ning laste ja noorukite heaolu uurimiseks (Ravens-Sieberer et al., 2006; Ravens-Sieberer et al., 2014).

Uurimisprobleem ja töö eesmärk

Kuigi laste ja noorukite tervisega seotud elukvaliteeti (HRQoL) on erinevates riikides uuritud, on Eesti laste HRQoL näitajate süstemaatiline rahvusvaheline võrdlus piiratud. Puudub selge ülevaade sellest, millistes KIDSCREEN-52 dimensioonides erinevad Eesti laste ja noorukite näitajad võrreldes teiste Euroopa riikidega ning millistes valdkondades võivad Eesti tulemused olla madalamad.

Magistritöö eesmärk on:

1. võrrelda Eesti laste ja noorukite HRQoL näitajaid KIDSCREEN-52 mõõtmete lõikes Läti, Prantsusmaa ja Itaalia andmetega ning tuvastada dimensioonid, kus Eesti tulemused erinevad või on madalamad;
2. analüüsida Eesti valimi põhjal tegureid, mis on seotud madalamate HRQoL näitajatega nendes KIDSCREEN-52 dimensioonides, kus Eesti laste tulemused on rahvusvahelises võrdluses nõrgemad.
3. analüüsida, kas Eesti laste ja noorukite HRQoL näitajad erinevad vanuserühmade ja soo lõikes sarnaselt varasemates uuringutes kirjeldatud tulemustega.

Hüpoteesid

H1. Eesti laste ja noorukite HRQoL näitajad on mõõtmete lõikes statistiliselt oluliselt madalamad võrreldes Prantsusmaa ja Itaalia näitajatega.

H2. Eesti ja Läti laste ning noorukite HRQoL näitajates ei esine statistiliselt olulisi erinevusi.

H3. Eesti laste ja noorukite HRQoL näitajad erinevad statistiliselt oluliselt vanuserühmade ja soo lõikes.

Meetod

Töös võrreldakse Eesti, Läti, Prantsusmaa ja Itaalia laste ning noorukite HRQoL näitajaid nelja riigi andmete põhjal. Andmed koguti KIDSCREEN-52 küsimustiku abil. Analüüsis kasutati laste tervisega seotud elukvaliteedi 7 mõõdet : psühholoogiline heaolu ja emotsioonid, perekond ja kodune elu, eakaaslased ja sotsiaalne tugi, koolikeskkond, autonoomia, enesetaju ning füüsiline heaolu.

Valim ja andmekogumine

Kõigis riikides (Eesti, Läti, Prantsusmaa, Itaalia) kasutati KIDSCREEN-52 küsimustikku, kuid andmekogumise aeg, valimi suurus ja meetodika erinesid. Võrdlusesse kaasati ainult need vanuserühmad, mis olid olemas kõigis riikides. Itaalia 19–20-aastased osalejad jäeti analüüsist välja. Prantsusmaa valimis puudusid andmed alla 11-aastaste ja üle 15-aastaste kohta. Valimite statistilised kirjeldused riikide lõikes on esitatud Lisas 1.

Eesti valim pärineb 2024. aasta kevadel läbi viidud Laste Vaimse Tervise Uuringust. Uuringus osales 681 last vanuses 8–19 aastat (keskmine vanus 14,1), kellest enamik (75%) kõneles kodus eesti keelt. Valim moodustati juhuvaliku teel seitsmest piirkonnast ning hõlmas 77 kooli. Küsitluse viisid läbi koolid LimeSurvey keskkonnas (Laste vaimse tervise uuringu konsortsium: Tuvi et al., 2024).

Prantsusmaa valimis, mis koguti aastatel 2021–2023 (Pilato et al., 2024) osales 1375 õpilast vanuses 11–15 aastat. Uuring viidi läbi 13 koolis erinevates piirkondades, eesmärgiga tagada valimi sotsiaalmajanduslik mitmekesisus. Tüdrukuid oli 69,2% ning 68% õpilastest elasid koos mõlema vanemaga.

Itaalia valim põhineb AVATAR-projektil (2022–2023), selles töös võrreldakse 1511 noorukit vanuses 14–20 aastat, tüdrukuid oli 61,9%. Küsimustikud täideti elektrooniliselt

koolitunni ajal. Uuringust jäeti välja noored, kellel esines diagnoositud terviseprobleeme või puudus vanemate nõusolek.

Läti valim pärineb uuringust „Tervete laste elukvaliteet Lätis“ (2018–2019), milles osales 100 last vanuses 8–18 ja nende lapsevanemad. Küsitlus viidi läbi Vidzeme ja Riia piirkonnas. Andmed koguti anonüümselt KIDSCREEN-52 abil (Tapina et al., 2021).

Mõõdikud

KIDSCREEN-52 kirjeldus

KIDSCREEN-52 on HRQoL hindamiseks mõeldud instrumentide kogum lastele ja noorukitele vanuses 8–18 aastat. KIDSCREEN-52 loodi Euroopa uurimisprojekti “*Screening and Promotion for Health-related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective*” raames, mida viidi läbi 13 Euroopa riigis.

KIDSCREEN-52 koosneb kümnest elukvaliteedi mõõtmise dimensioonist: füüsiline heaolu (*Physical Well-being*, 5 küsimust), psühholoogiline heaolu (*Psychological Well-being*, 6 küsimust), meeleolu ja emotsioonid (*Moods and Emotions*, 7 küsimust), enesehinnang (*Self Perception*, 5 küsimust), autonoomia (*Autonomy*, 5 küsimust), vanemate ja koduse elu kontekst (*Parent Relation and Home Life Context*, 6 küsimust), rahalised ressursid (*Financial Resources*, 3 küsimust), sotsiaalne tugi ja eakaaslased (*Social Support and Peers*, 6 küsimust), koolikeskkond (*School Environment*, 6 küsimust) ning sotsiaalne dimensioon (*Social Dimension*, 6 küsimust).

KIDSCREEN-projekti rahastas Euroopa Komisjon V raamprogrammi „Elukvaliteet ja elukvaliteedi ressurside juhtimine“ raames (Herdman et al., 2002). Aastal 2008 hõlmas uuring 22 828 last ja noorukit vanuses 8–18 aastat ning hindas KIDSCREEN-52 usaldusväarsust ja valideerimist; Skaalade Cronbachi α varieerus 0,77–0,89, mis viitab instrumendi heale sisemisele järjepidevusele. Lisaks korreleerub KIDSCREEN-52 hästi teiste HRQoL hindamise instrumentidega erinevates valdkondades: füüsiline heaolu ($r = 0,60$), psühholoogiline heaolu ($r = 0,58$), meeleolu/emotsioonid ($r = 0,56$) ja enesehinnang ($r = 0,57$) (Ravens-Sieberer et al., 2008). Aastal 2014 viidi läbi kvalitatiivne uuring, mis kinnitas, et kõik kolm KIDSCREENi versiooni (52, 27 ja 10) on usaldusväärsed, valideeritud ning kontseptuaalselt ja lingvistiliselt kooskõlas ning need on kättesaadavad 38 keeles ja kasutusel 38 riigis (Ravens-Sieberer et al., 2014).

Selles töös võrreldakse KIDSCREEN-52 küsimustiku kümnest alamskaalast seitset alamskaala näitajat:

Heaolu (*Psychological Well-Being*) skaala hindab lapse subjektiivset rahulolu eluga ning positiivset emotsionaalset seisundit viimase nädala jooksul. Küsimused keskenduvad rõõmu, rahulolu ja elu nautimise kogemusele. Kõrgemad skoorid viitavad paremale psühholoogilisele heaolule.

Peresuhted ja kodune elu (*Parent Relations and Home Life*) kajastab lapse hinnangut vanemate toetusele, mõistmisele ja koduse keskkonna turvalisusele. Kõrgem skoor näitab tugevamaid peresuhteid ja rahulolu koduga.

Sotsiaalne toetus ja eakaaslased (*Social Support and Peers*) mõõdab sõprussuhete kvaliteeti ja kogetud sotsiaalset tuge, sealhulgas ühist tegevust ja vastastikust usaldust.

Autonoomia ja vaba aeg (*Autonomy*) skaala hindab lapse iseseisvust ja rahulolu vaba aja kasutamisega, sh võimalusi osaleda meeldivates tegevustes ja teha ise valikuid.

Enesehinnang (*Self-Perception*) kirjeldab lapse rahulolu enda välimuse ja isikuomadustega, peegeldades positiivset enesekuvandit.

Koolikeskkond (*School Environment*) keskendub lapse kogemustele koolis, sh suhetele õpetajatega, õppimismotivatsioonile ja hakkamasaamisele. Skaala kajastab rahulolu sotsiaalsete ja akadeemiliste aspektidega koolis.

Füüsiline heaolu (*Physical Well-Being*) mõõdab lapse kehalist aktiivsust ja üldist tervislikku seisundit viimase nädala jooksul, sealhulgas energia taset ja kehalist võimekust.

Käesolevas töös analüüsiti seitset KIDSCREEN-52 mõõdet. LVTU uuringus kasutati kaheksat skaalat, kuid meeleolu ja emotsioonide mõõdet (Moods and Emotions) ei kaasatud analüüsi, sest nendele küsimustele vastasid ainult noorema vanuserühma lapsed. Seetõttu ei olnud võimalik võrrelda tulemusi kogu valimis.

Kõiki skaalasid hinnatakse viiepunktilisel hinnanguskaalal. Kõrgem skoor igas skaalas viitab lapse paremale elukvaliteedile vastavas valdkonnas (Ravens-Sieberer et al., 2006; Ravens-Sieberer et al., 2014). Tulemuste võrreldavuse tagamiseks teisendatakse KIDSCREEN-52 küsimustiku toorskoorid standardiseeritud T-skoorideks (keskmine = 50, standardhälve = 10), kasutades rahvusvahelisi normandmeid. T-skooride kasutamine võimaldab erinevate riikide ja valimite tulemusi võrrelda ühtsel skaalal ning on soovitatav

KIDSCREEN-instrumentide rahvusvahelistes võrdlevates uuringutes (Ravens-Sieberer jt, 2014; KIDSCREEN Group, 2006).

Lisaks KIDSCREEN-52 näitajatele kasutati Eesti valimi põhjal läbi viidud regressioonanalüüsis LVTU andmestikust pärinevaid tunnuseid. Analüüsi kaasati järgmised näitajad: piirkond, kodukeel, perekonna struktuur (leibkonna koosseis), majanduslik olukord (tajutud rahaseis), kiusamiskogemus, huvitegevustes osalemine, une kestus ja kvaliteet, digiseadmete kasutusaeg ning tajutud stress.

Statistiline analüüs

Eesti andmete analüüsimisel kasutati kirjeldavat statistikat (keskmised väärtused ja standardhälbed), et anda ülevaade laste tervisega seotud elukvaliteedi (HRQoL) näitajatest erinevates KIDSCREEN-52 mõõtmes.

Rahvusvahelise võrdluse läbiviimiseks kasutati Läti, Prantsusmaa ja Itaalia kohta avaldatud agregeeritud andmeid (keskmised väärtused, standardhälbed ja valimi suurus), mis pärinesid varasematest teaduspublikatsioonidest. Individuaalsed toorandmed teiste riikide kohta uurijale kättesaadavad ei olnud.

Riikidevahelise võrreldavuse tagamiseks viidi analüüs läbi ainult kattuvates vanuserühmades. Läti andmete põhjal võrreldi Eesti ja Läti lapsi vanuserühmas 8–18 aastat. Viidi läbi üldine riikidevaheline võrdlus Eesti ja Itaalia laste vahel vanuserühmas 14–19 aastat, et hinnata keskmiste näitajate erinevusi sõltumata soost. Prantsusmaa andmed võimaldasid võrdlust üksnes vanuserühmas 11–15 aastat ega võimaldanud soopõhist analüüsi. Seetõttu ei olnud võimalik teha täielikult ühtlustatud KIDSCREEN-52 tulemuste võrdlust soo ja vanuse lõikes kõigi riikide puhul.

Eesti ja teiste riikide näitajate võrdlemiseks kasutati sõltumatute valimite t-testi. Arvestades võimalikke dispersioonide erinevusi rühmade vahel, rakendati Welchi t-testi. Lisaks statistilisele olulisusele hinnati erinevuste praktilist tähendust efektisuuruse abil.

Eesti valimi põhjal hinnati HRQoL näitajate erinevusi soo ja vanuserühmade lõikes. Analüüsis võrreldi poiste ja tüdrukute ning 8–12-aastaste ja 13–18-aastaste osalejate KIDSCREEN-52 mõõtmete keskmisi väärtusi. Sooliste erinevuste analüüsimiseks kasutati sõltumatute valimite Student'i t-testi. Vanuserühmade võrdlemisel kasutati Welchi t-testi, kuna

rühmade dispersioonid ei olnud täielikult võrdsed. Efektisuurused arvutati Coheni d abil. Statistiliselt oluliseks loeti tulemused, mille p -väärtus oli väiksem kui .05.

Eesti andmete regressioonanalüüsis kasutati demograafilisi, perega seotud ja psühhosotsiaalseid tunnuseid. Analüüsi kaasati vanus, sugu, piirkond, pere majanduslik olukord, uni, digiseadmete kasutamine, tajutud stress, kiusamiskogemus ja huvitegevustes osalemine.

Rahvusvahelise võrdluse tulemuste kokkuvõtmiseks koostati võrdlev tabel (Tabel 4), milles näidati, kas Eesti laste HRQoL näitajad olid kõrgemad, madalamad või ei erinenud statistiliselt oluliselt võrdlusriikide näitajatest. Selle tabeli alusel valiti dimensioonid, milles Eesti laste näitajad olid madalamad, ning nende põhjal viidi läbi täiendav analüüs.

Täiendavalt viidi Eesti valimi põhjal läbi lineaarne regressioonanalüüs, mille eesmärk oli selgitada, kas ja mil määral analüüsi kaasatud individuaalsed tegurid on seotud HRQoL näitajatega nendes KIDSCREEN-52 dimensioonides, kus Eesti laste tulemused olid rahvusvahelises võrdluses madalamad. Statistilised analüüsid viidi läbi tarkvaraga JASP (versioon 0.19) ning R (versioon 2026.01.2+418).

Uuringu eetiline külg

Kõik uuringud, mille andmeid käesolevas magistritöös kasutatakse, viidi läbi vastavalt WMA Helsinki deklaratsiooni (The World Medical Association (WMA), 2024) eetilistele standarditele ja osalejate õiguste kaitset tagavatele nõuetele. Kõigis uuringutes järgiti osalejate privaatsuse ja turvalisuse põhimõtteid ning tagati eetiliselt vastutustundlik andmekäitlus kooskõlas rahvusvaheliste teadusuuringute eetikanormidega (WMA, 2024).

Eestis toimus Laste Vaimse Tervise Uuring (LVTU) Tervise Arengu Instituudi inimuuringute eetikakomitee kooskõlastusel (otsused nr 1270 ja 1282). Lapsi ja nende vanemaid teavitati uuringu eesmärgist, uuringus said osaleda ainult need lapsed olid nõus uuringus osalema ning kelle vanemad olid selleks andnud kirjaliku nõusoleku.

Uuringus osalemine oli vabatahtlik ja katkestatav igal hetkel. Küsimustik kohandati laste vanusele ega sisaldanud invasiivseid meetodeid. Andmed pseudonüümiti, säilitati krüpteeritult Turu-uuringute AS serveris ning edastati seejärel Tervise Arengu Instituudile.

Andmeid hoitakse turvaliselt kuni 31.12.2033, mille järel need anonümiseeritakse ja säilitatakse tähtajatult (Laste vaimse tervise uuringu konsortsium: Tuvi et al., 2024)

Itaalia, Läti ja Prantsusmaa uuringud viidi läbi kooskõlas uurimiseetika põhimõtetega, osalejaid teavitati uuringu eesmärgist, osalemine oli vabatahtlik ning kõigi uuringute läbiviimiseks olid saadud vajalikud load ja kooskõlastused.

Tulemused

Esmalt koostati kirjeldava statistika tabel, milles esitati kõigi analüüsitavate riikide ja vanuserühmade valimiandmed ning KIDSCREEN-52 mõõtmete keskmised tulemused. Riikide võrdluse kirjeldav statistika (keskmised väärtused, standardhälbed ja valimi suurus) on esitatud lisas 1.

Kirjeldav statistika võimaldas võrrelda Eesti, Läti, Prantsusmaa ja Itaalia valimite üldisi HRQoL profiile enne statistiliste võrdlusanalüüside läbiviimist. Kõige suuremad valimid olid Prantsusmaal ja Itaalia ning kõige väiksem valim oli Lätis. HDI näitajate põhjal oli kõrgeim inimarengu indeks Prantsusmaal, sellele järgnesid Itaalia, Eesti ja Läti.

Seejärel kontrolliti kahte esimest hüpoteesi: Eesti laste ja noorukite HRQoL näitajad on igas analüüsitud mõõtmes statistiliselt oluliselt madalamad võrreldes Prantsusmaa ja Itaalia näitajatega (H1);

Eesti laste ja noorukite HRQoL näitajad on mõõtmete lõikes statistiliselt oluliselt kõrgemad võrreldes Läti näitajatega (H2).

Kolmanda hüpoteesi kontrollimiseks tehti sõltumatute valimite t-testid sooliste ja vanuserühmade erinevuste hindamiseks Eesti laste tervisega seotud elukvaliteedis KIDSCREEN-52 seitsme mõõtmel lõikes.

Analüüsis võrreldi poiste ja tüdrukute ning 8–12-aastaste ja 13–18-aastaste osalejate keskmisi tulemusi.

Eesti ja Prantsusmaa võrdlus

Esimese hüpoteesi (H1) kontrollimise esimeses etapis võrreldi Eesti ja Prantsusmaa laste ning noorukite KIDSCREEN-52 näitajaid mõõtmel lõikes.

Riikidevaheliste erinevuste hindamiseks kasutati Welchi t-testi ning efektisuurused arvutati Cohen'i d abil. Tulemused on esitatud Tabelis 1.

Tabel 1.*Prantsusmaa ja Eesti KIDSCREEN-52 dimensioonide keskmiste võrdlus*

Mõõde	Keskmine Eesti (SD)	Keskmine Prantsusmaa (SD)	t-testi p	Coheni d
Füüsiline tervis	48.13 (11.49)	44.74 (9.78)	< .001	0.34
Heaolu	46.49 (10.74)	45.07 (10.67)	.047	0.13
Enesetaju	45.45 (9.43)	48.55 (10.27)	< .001	-0.31
Autonoomia	48.05 (11.10)	45.54 (10.68)	< .001	0.23
Pere	47.75 (10.80)	45.63 (11.13)	.004	0.19
Sõbrad	47.31 (11.29)	46.77 (10.99)	.474	0.05
Koolikeskkond	45.45 (9.43)	46.22 (9.54)	.221	-0.08

Märkus. SD = standardhälve; positiivne Coheni *d* väärtus näitab kõrgemaid tulemusi Eesti valimis, negatiivne väärtus kõrgemaid tulemusi Prantsusmaa valimis. Statistiliselt olulised erinevused on esitatud tasemel $p < .05$.

Statistiliselt olulised erinevused Eesti ja Prantsusmaa õpilaste vahel ilmneseid peaaegu kõigis dimensioonides, va Sõprade ja koolikeskkonna dimensioon. Füüsilise tervise skaalal olid Eesti laste keskmised näitajad oluliselt kõrgemad kui Prantsusmaa lastel (vastavalt $M = 48.13$, $SD = 11.49$ vs. $M = 44.74$, $SD = 9.78$), $p < .001$, $d = 0.34$, mis viitab väikesele kuni mõõdukale efektisuurusele. Autonoomia ja Pere mõõtmetes ilmneseid samuti, et Eesti lastel on statistiliselt oluliselt kõrgemad keskmised kui Prantsusmaa lastel, Autonoomia keskmiste erinevus ($M = 48.05$, $SD = 11.10$ vs $M = 45.54$, $SD = 10.68$), $p < .001$, $d = 0.23$, oli väikese kuni mõõduka efektisuurusega. Sarnase suurusega oli erinevus ka perega seotud suhete mõõtmes ($M = 47.75$, $SD = 10.80$ vs $M = 45.63$, $SD = 11.13$), $p = .004$, $d = 0.19$. Heaolu mõõtmes ilmneseid samuti statistiliselt oluline, kuid väikese efektiga erinevus Eesti ja Prantsusmaa laste vahel (vastavalt $M = 46.49$, $SD = 10.74$ vs $M = 45.07$, $SD = 10.67$), $p = .047$, $d = 0.13$. Enesetaju skaalal olid Prantsusmaa laste näitajad statistiliselt oluliselt kõrgemad kui Eesti lastel ($M = 48.55$, $SD = 10.27$ vs $M = 45.45$, $SD = 9.43$), $p < .001$, $d = -0.31$, mis viitab väikesele efektisuurusele. Sõprade ja koolikeskkonna mõõtmetes statistiliselt olulisi erinevusi Eesti ja Prantsusmaa laste vahel ei tuvastatud (vastavalt $p = .474$ ja $p = .221$).

Eesti ja Itaalia võrdlus

Esimese hüpoteesi(H1) kontrollimise teises etapis võrreldi Eesti ja Itaalia noorte KIDSCREEN-52 näitajaid mõõtmete lõikes. Võrdlusesse kaasati Eesti 14–19-aastaste ja Itaalia 14–20-aastaste noorte andmed. Tulemused on esitatud Tabelis 2.

Tabel 2.

KIDSCREEN-52 mõõtmete võrdlus Eesti ja Itaalia vahel

Mõõde	Eesti M (SD)	Itaalia M (SD)	t	df	p	d
Füüsiline tervis	44.55 (10.10)	50.20 (26.90)	-6.13	1110	< .001	-0.23
Heaolu	42.76 (9.52)	35.20 (6.50)	12.66	323	< .001	1.07
Enesetaju	43.05 (9.65)	42.60 (8.70)	0.72	361	.470	0.05
Autonoomia	46.81 (9.69)	40.50 (9.10)	10.04	369	< .001	0.69
Pere	45.93 (9.70)	43.30 (10.40)	4.09	399	< .001	0.26
Sotsiaalne tugi ja sõbrad	46.91 (10.53)	46.00 (9.90)	1.33	369	.184	0.09
Koolikeskkond	44.21 (7.63)	41.80 (7.20)	4.87	370	< .001	0.33

Märkus. Eesti (14–19; n = 276) ja Itaalia (14–20; n = 1511) noorte KIDSCREEN-52 mõõtmete võrdlemiseks kasutati sõltumatute valimite t-testi (Welchi parandus).

Psühholoogilise heaolu näitajad olid Eesti noortel kõrgemad võrreldes Itaalia noortega ($M = 42.76$, $SD = 9.52$ vs $M = 35.20$, $SD = 6.50$), $p < .001$, $d = 1.07$, mis viitab suurele efektiivsusele. Autonoomia näitajad olid samuti Eesti noortel kõrgemad ($M = 46.81$, $SD = 9.69$ vs $M = 40.50$, $SD = 9.10$), $p < .001$, $d = 0.69$, mis viitab keskmisele efektiivsusele. Pere dimensioonis olid Eesti noorte tulemused kõrgemad ($M = 45.93$, $SD = 9.70$ vs $M = 43.30$, $SD = 10.40$), $p < .001$, $d = 0.26$. Koolikeskkonna näitajad olid samuti kõrgemad Eesti valimis ($M = 44.21$, $SD = 7.63$ vs $M = 41.80$, $SD = 7.20$), $p < .001$, $d = 0.33$.

Enesetaju dimensioonis ei ilmnenud statistiliselt olulisi erinevusi ($M = 43.05$, $SD = 9.65$ vs $M = 42.60$, $SD = 8.70$), $p = .47$, $d = 0.05$. Sotsiaalse toe ja sõprade mõõtmes samuti statistiliselt olulisi erinevusi ei leitud ($M = 46.91$, $SD = 10.53$ vs $M = 46.00$, $SD = 9.90$), $p = .184$, $d = 0.09$.

Füüsilise tervise näitajad olid Itaalia noortel kõrgemad võrreldes Eesti noortega ($M = 44.55$, $SD = 10.10$ vs $M = 50.20$, $SD = 26.90$), $p < .001$, $d = -0.23$, mis viitab väikesele efektisuurusele.

Eesti ja Läti laste ja noorte võrdlus

Teise hüpoteesi(H2) kontrollimiseks võrreldi Eesti ja Läti laste ning noorukite KIDSCREEN-52 näitajaid mõõtmete lõikes. Riikidevaheliste erinevuste hindamiseks kasutati Welchi sõltumatute valimite t-testi ning efektisuurused arvutati Hedges'i g abil. Tulemused on esitatud Tabelis 3.

Tabel 3.

KIDSCREEN-52 dimensioonide võrdlus Eesti ja Läti vahel

Mõõde (KIDSCREEN-52)	Eesti M (SD)	Läti M (SD)	p-väärtus	Hedges'i g
Füüsiline tervis	47.67 (11.06)	41.21 (3.37)	< .001	0.62
Heaolu	45.90 (10.40)	46.49 (3.63)	.277	-0.06
Enesetaju	47.71 (10.96)	26.46 (2.79)	< .001	2.07
Autonoomia	48.20 (10.30)	33.89 (3.19)	< .001	1.48
Pere	47.83 (10.24)	38.09 (3.44)	< .001	1.01
Sõbrad	47.26 (10.57)	40.41 (3.62)	< .001	0.69
Koolikeskkond	47.07 (9.56)	36.44 (2.99)	< .001	1.18

Märkus. M = keskmine; SD = standardhälve. p -väärtus - kajastab Welchi sõltumatute valimite t-testi p -väärtust.

Tulemused näitasid, et Eesti laste keskmised näitajad olid Läti lastega võrreldes statistiliselt oluliselt kõrgemad kuues KIDSCREEN-52 seitsmest mõõtmest.

Olulised erinevused ilmneseid füüsilise heaolu, emotsionaalse heaolu, enesetaju, autonoomia, suhted vanematega, sotsiaalse toetuse ja eakaaslastega suhete ning koolikeskkonna skaalades (kõik $p < .001$). Loetletud skaalade erinevuste efektisuurused varieerusid vastavalt väga suurest kuni mõõdukani.

Psühholoogilise heaolu skaalal ei leitud statistiliselt olulist erinevust Läti ja Eesti laste vahel ($p = .277$).

Eesti laste ja noorukite võrdlus soo ja vanuserühmade lõikes

Kolmanda hüpoteesi(H3) kontrollimiseks võrreldi Eesti laste ja noorukite KIDSCREEN-52 näitajaid esmalt soo lõikes ning seejärel vanuserühmade lõikes. Sooliste erinevuste hindamiseks kasutati sõltumatute valimite Studenti t-testi ning efektisuurused arvutati Cohen'i d abil.

Tulemused on esitatud Tabelis 4.

Tabel 4.

Soolised erinevused KIDSCREEN-52 mõõtmes Eesti valimis: t-test (kahepoolne) ja efektisuurused

Mõõde (KIDSCREEN-52)	Poisid M (SD)	Tüdrukud M (SD)	Coheni d	t-testi p-väärtus
Füüsiline tervis	49.75 (10.78)	45.80 (10.98)	0.36	< .001
Heaolu	47.61 (10.47)	44.35 (10.10)	0.32	< .001
Enesetaju	51.16 (10.56)	44.62 (10.39)	0.63	< .001
Autonoomia	49.87 (10.17)	46.71 (10.20)	0.31	< .001
Pere	48.79 (9.69)	46.97 (10.64)	0.18	.022
Sõbrad	47.32 (10.75)	47.20 (10.42)	0.08	.314
Koolikeskkond	47.47 (9.44)	46.72 (9.67)	0.01	.890

Märkus. M = keskmine; SD = standardhälve. Soolisi erinevusi hinnati sõltumatute valimite Student'i t-testiga. Efektisuurus on esitatud Coheni d abil.

Statistiliselt olulised soolised erinevused ilmneseid mitmes KIDSCREEN-52 mõõtmes. Heaolu skaalal ületas poiste keskmine tulemus tüdrukute keskmist (vastavalt $M = 47.61$, $SD = 10.47$ vs $M = 44.35$, $SD = 10.10$, $p < .001$) ning efektisuurus viitas väikesele kuni mõõdukale efektile ($d = 0.32$).

Autonoomia mõõtmes hindasid poisid oma elukvaliteeti samuti kõrgemalt ($M = 49.87$, $SD = 10.17$) võrreldes tüdrukutega ($M = 46.71$, $SD = 10.20$). See erinevus oli statistiliselt oluline ($p < .001$) ning efektisuurus oli väike kuni mõõdukas ($d = 0.31$).

Kõige suurem sooline erinevus ilmnes enesetaju skaalal, kus poiste keskmine tulemus ületas märgatavalt tüdrukute keskmist (vastavalt $M = 51.16$, $SD = 10.56$ vs $M = 44.62$, $SD = 10.39$, $p < .001$) ning efektisuurus viitas mõõdukale kuni suurele efektile ($d = 0.63$).

Samuti ilmnes statistiliselt oluline erinevus füüsilise tervise mõõtmes.

Poisid andsid kõrgemaid hinnanguid kui tüdrukud (vastavalt $M = 49.75$, $SD = 10.78$ vs $M = 45.80$, $SD = 10.98$, $p < .001$), ning efektisuurus oli väike kuni mõõdukas ($d = 0.36$). Perega seotud suhete mõõtmes leiti statistiliselt oluline, kuid väikese efektisuurusega erinevus. Poiste keskmine skoor oli kõrgem kui tüdrukutel (vastavalt $M = 48.79$, $SD = 9.69$ vs $M = 46.97$, $SD = 10.64$), $p = .022$, $d = 0.18$.

Seejuures ei ilmnunud statistiliselt olulisi soolisi erinevusi keskmiste vahel sõprade ega koolikeskkonna dimensioonides (kõik $p > .05$).

Kokkuvõttes ilmneseid Eesti laste seas soolised erinevused viies KIDSCREEN-52 mõõtmes, kusjuures enamikus neist hindasid poisid oma tervisega seotud elukvaliteeti kõrgemalt kui tüdrukud. Ülejäänud kolmes mõõtmes statistiliselt olulisi erinevusi ei täheldatud.

Eesti laste vanuserühmade erinevused

Hüpoteesi H3 kontrollimiseks võrreldi Eesti laste ja noorukite KIDSCREEN-52 mõõtmete keskmisi vanuserühmade lõikes. Analüüsis võrreldi 8–12-aastaste ja 13–18-aastaste osalejate tervisega seotud elukvaliteedi (HRQoL) näitajaid seitsmes KIDSCREEN-52 mõõtmes. Vanuserühmade võrdlemiseks kasutati sõltumatute valimite t-testi. Lisaks arvutati Coheni d , et hinnata erinevuste efektisuurust.

Tulemused on esitatud Tabelis 5.

Tabel 5.*KIDSCREEN-52 mõõtmete võrdlus vanuserühmade vahel*

Mõõde (KIDSCREEN-52)	8–12 a M (SD)	13–18 a M (SD)	t	df	p	Coheni d
Füüsiline tervis	50.4 (11.22)	45.15 (10.3)	6.18	630.79	< .001	0.49
Heaolu	48.16 (10.36)	43.79 (10)	5.55	661.35	< .001	0.43
Enesetaju	51.72 (10.53)	44.03 (10.01)	9.58	646.12	< .001	0.75
Autonoomia	49.17 (10.42)	47.31 (10.11)	2.33	659.30	0.02	0.18
Pere	49.24 (10.48)	46.45 (9.8)	3.52	646.89	< .001	0.27
Sõbrad	47.47 (10.81)	47.03 (10.35)	0.53	652.19	0.599	0.04
Koolikeskkond	49.97 (10.39)	44.36 (7.83)	7.83	595.24	< .001	0.61

Märkus. M = keskmine; SD = standardhälve; df = vabadusastmed. Vanuserühmade võrdlemiseks kasutati sõltumatute valimite t -testi. Coheni d näitab efektisuurust, kus 0.20 tähistab väikest, 0.50 keskmist ja 0.80 suurt efekti. Statistiliselt olulised erinevused ilmnesid kõigis mõõtmes peale sõprade mõõtmel. Noorem vanuserühm (8–12 a) hindas oma tervisega seotud elukvaliteeti kõrgemalt kui vanem vanuserühm (13–18 a).

Kõige suurem vanuseline erinevus ilmnes enesetaju mõõtmel, kus 8–12-aastaste laste keskmine tulemus oli kõrgem võrreldes 13–18-aastaste noorukitega (vastavalt $M = 51.72$, $SD = 10.53$ vs $M = 44.03$, $SD = 10.01$, $p < .001$). Efektisuurus viitas suurele efektile ($d = 0.75$). Samuti ilmnes erinevus kooliga seotud heaolu mõõtmel, kus noorema vanuserühma keskmine tulemus oli kõrgem (vastavalt $M = 49.97$, $SD = 10.39$ vs $M = 44.36$, $SD = 7.83$, $p < .001$). Efektisuurus oli mõõdukas kuni suur ($d = 0.61$).

Füüsilise tervise mõõtmel andsid 8–12-aastased kõrgemaid hinnanguid kui 13–18-aastased osalejad (vastavalt $M = 50.40$, $SD = 11.22$ vs $M = 45.15$, $SD = 10.30$, $p < .001$). Efektisuurus viitas mõõdukale efektile ($d = 0.49$). Heaolu mõõtmel oli noorema vanuserühma keskmine samuti kõrgem (vastavalt $M = 48.16$, $SD = 10.36$ vs $M = 43.79$, $SD = 10.00$, $p < .001$), efektisuurus oli väike kuni mõõdukas ($d = 0.43$). Perega seotud suhete mõõtmel ilmnes erinevus vanuserühmade vahel. 8–12-aastaste laste keskmine skoor oli kõrgem võrreldes vanema vanuserühmaga (vastavalt $M = 49.24$, $SD = 10.48$ vs $M = 46.45$, $SD = 9.80$, $p < .001$).

Efektisuurus oli väike kuni mõõdukas ($d = 0.27$). Autonoomia mõõtmises oli erinevus väiksem, kuid noorema vanuserühma keskmine tulemus oli samuti kõrgem (vastavalt $M = 49.17$, $SD = 10.42$ vs $M = 47.31$, $SD = 10.11$, $p = .020$). Efektisuurus oli väike ($d = 0.18$).

Sõpradega seotud suhete mõõtmises vanuserühmade vahel erinevusi ei ilmnenud (vastavalt $M = 47.47$, $SD = 10.81$ vs $M = 47.03$, $SD = 10.35$, $p = .599$, $d = 0.04$).

Kokkuvõtlikud tulemused Eesti, Läti, Itaalia ja Prantsusmaa laste KIDSCREEN-52 dimensioonides on toodud Tabelis 6.

Tabel 6.

Eesti laste KIDSCREEN-52 näitajate erinevus võrdlusriikide laste näitajatest.

Mõõde (KIDSCREEN-52)	Läti (8–18 a)	Itaalia (14–20 a)	Prantsusmaa (11–15 a)
Füüsiline tervis	+	–	+
Heaolu	0	+	+
Enesetaju	+	0	–
Autonoomia	+	+	+
Pere	+	+	+
Sõbrad	+	+	0
Koolikeskkond	+	+	0

Märkus: + Eesti laste vastava näitaja tase on kõrgem võrdlusriigi laste näitajast, – Eesti laste vastava näitaja tase on madalam võrdlusriigi laste näitajast, 0 – kahe riigi näitajate vahel statistiliselt olulist erinevust ei ilmnenud.

Tabeli 6. põhjal valiti regressioonanalüüsiks dimensioonid, milles Eesti laste näitajad olid rahvusvahelises võrdluses madalamad. Nendeks olid enesetaju (võrreldes Prantsusmaaga) ja füüsiline tervis (võrreldes Itaaliaga).

Füüsilise tervise ja enesetaju kaitse- ja riskiteguritega seoste hindamiseks kasutati lineaarset regressioonanalüüsi. Analüüsi kaasati järgmised kaitse- ja riskitegurid: vanus, sugu,

pere rahaline olukord, kodune keel, une kestus, une kvaliteet, digiseadmete kasutamise aeg ja tajutud stress. Lineaarse regressioonanalüüsi tulemused on esitatud Tabelis 7 ja 8.

Tabelites 7 ja 8 on esitatud regressioonikordajad (b), standardvead (SE), t -väärtused, p -väärtused ja mudeli seletusvõime (R^2).

Tabel 7.

Lineaarse regressioonanalüüsi tulemused füüsilise tervise mõõtmes Eesti valimis

Kaitse- ja riskitegurid	b	SE	t	p
Vanus	-0.09	0.22	-0.40	.691
Sugu (tüdruk)	-0.09	0.81	-0.11	.913
Rahaseis	0.21	0.50	0.41	.684
Kodukeel	-1.57	0.76	-2.07	.039
Kiusamine 2	-0.09	0.43	-0.22	.828
Huvitegevus: sport	1.75	0.27	6.46	< .001
Huvitegevus: kunst ja muusika	0.23	0.32	0.70	.485
Huvitegevus: vabatahtlik tegevus	-0.91	0.43	-2.12	.035
Une kestus	0.29	0.32	0.92	.358
Une kvaliteet	1.86	0.32	5.91	< .001
Digiseadmete kasutamise aeg	-0.77	0.23	-3.28	.001
Tajutud stress	-2.84	0.52	-5.44	< .001
Riskikäitumine	0.14	0.98	0.14	.886

Märkus. Lineaarne regressioonimudel osutus statistiliselt oluliseks, $F(13, 428) = 17.76$, $p < .001$.

Mudeli seletusvõime oli $R^2 = .45$ (korregeeritud $R^2 = .43$).

Füüsilise tervise mudelis osutusid statistiliselt olulisteks kodune keel, spordiga seotud huvitegevus, vabatahtlik tegevus, une kvaliteet, digiseadmete kasutamise aeg ja tajutud stress. Eesti kodukeelega osalejatel olid kõrgemad füüsilise tervise näitajad võrreldes muu kodukeelega osalejatega ($B = -1.57$, $SE = 0.76$, $t = -2.07$, $p = .039$). Spordiga seotud huvitegevuses osalemine oli seotud kõrgema füüsilise tervisega ($B = 1.75$, $SE = 0.27$, $t = 6.46$, $p < .001$). Vabatahtlik tegevus oli seotud madalama füüsilise tervise näitajaga ($B = -0.91$, $SE = 0.43$, $t = -2.12$, $p = .035$).

Parem une kvaliteet oli seotud kõrgema füüsilise tervise skooriga ($B = 1.86$, $SE = 0.32$, $t = 5.91$, $p < .001$). Pikem digiseadmete kasutamise aeg oli seotud madalama füüsilise tervisega ($B = -0.77$, $SE = 0.23$, $t = -3.28$, $p = .001$). Kõrgem tajutud stress oli seotud madalama füüsilise tervise

näitajaga ($B = -2.84$, $SE = 0.52$, $t = -5.44$, $p < .001$). Vanus, sugu, rahaline olukord, kiusamine, une kestus ja riskikäitumine ei olnud füüsilise tervise statistiliselt olulised prediktorid ($p > .05$).

Tabel 8.

Lineaarse regressioonanalüüsi tulemused enesetaju mõõtmises Eesti valimis

Kaitse- ja riskitegurid	B	SE	<i>t</i>	<i>p</i>
Vanus	-0.28	0.23	-1.20	.229
Sugu (tüdruk)	-3.12	0.83	-3.75	< .001
Rahaseis	-0.24	0.52	-0.46	.647
Kodukeel	-1.06	0.78	-1.35	.178
Kiusamine 2	-0.83	0.43	-1.91	.057
Huvitegevus: sport	-0.09	0.28	-0.31	.760
Huvitegevus: kunst ja muusika	0.22	0.33	0.68	.500
Huvitegevus: vabatahtlik tegevus	-0.07	0.44	-0.17	.865
Une kestus	0.56	0.33	1.73	.084
Une kvaliteet	1.56	0.32	4.82	< .001
Digiseadmete kasutamise aeg	-0.71	0.24	-2.95	.003
Tajutud stress	-2.86	0.38	-7.50	< .001
Riskikäitumine	-1.66	1.01	-1.64	.101

Märkus. Lineaarne regressioonimudel osutus statistiliselt oluliseks, $F(13, 428) = 17.76$, $p < .001$.

Mudeli seletusvõime oli $R^2 = .45$ (korregeeritud $R^2 = .43$).

Enesetaju mudelis osutusid statistiliselt olulisteks sugu, une kvaliteet, digiseadmete kasutamise aeg ja tajutud stress. Tüdrukutel oli madalam enesetaju võrreldes poistega ($B = -3.12$, $SE = 0.83$, $t = -3.75$, $p < .001$). Parema une kvaliteet oli seotud kõrgema enesetaju näitajaga ($B = 1.56$, $SE = 0.32$, $t = 4.82$, $p < .001$). Pikema digiseadmete kasutamise aeg oli seotud madalama enesetajuga ($B = -0.71$, $SE = 0.24$, $t = -2.95$, $p = .003$). Kõrgema tajutud stress oli seotud madalama enesetaju skooriga ($B = -2.86$, $SE = 0.38$, $t = -7.50$, $p < .001$). Seosed ülejäänud muutujatega ei olnud statistiliselt olulised ($p > .05$).

Arutelu

Selle uuringu eesmärk oli võrrelda Eesti laste ja noorukite tervisega seotud elukvaliteedi näitajaid Läti, Prantsusmaa ja Itaalia andmetega ning analüüsida tegureid, mis on seotud

madalamate HRQoL näitajatega Eesti valimis. Lisaks analüüsi, kas Eesti laste ja noorukite HRQoL näitajad erinevad vanuserühmade ja soo lõikes sarnaselt varasemates uuringutes kirjeldatud tulemustega.

Töö keskne järeldus on, et Eesti laste ja noorukite tervisega seotud elukvaliteedi profiil ei osutunud rahvusvahelises võrdluses üheselt ei paremaks ega halvemaks, vaid eri mõõtmetes erinevaks. Eesti lastel olid läbivalt paremad keskmised autonoomia ja pere alaskaalades võrreldes kõigi teiste võrdlusriikidega.

Võrreldes Läti (Tapina et al., 2021) andmetega olid Eesti näitajad valdavalt kõrgemad, võrreldes Prantsusmaa andmetega (Pilato et al., 2024) jäi Eesti madalamaks enesetajus ning võrreldes Itaalia andmetega (Lazzeri et al., 2023) füüsilises tervises. Seega leidis esimene hüpotees osalist kinnitust, sest Eesti tulemused olid Prantsusmaa ja Itaalia omadega võrreldes madalamad vaid üksikutes mõõtmetes. Teine hüpotees (Eesti ja Läti sarnasusest) kinnitust ei leidnud, kuna Eesti ja Läti näitajate vahel ilmnesid paljudes mõõtmetes statistiliselt olulised erinevused. Kolmas hüpotees leidis osalist kinnitust, sest vanuse- ja soolised erinevused avaldusid küll mitmes HRQoL mõõtmes, kuid mitte kõigis. Tulemused viitavad sellele, et Eesti laste HRQoL-d ei saa kirjeldada ühe üldise tasemena, vaid seda tuleb käsitleda eri heaolualdkondade mustrina. Niisugune tõlgendus sobitub ka KIDSCREEN-i kasutusloogikaga. KIDSCREEN on välja töötatud just selleks, et hinnata laste ja noorukite subjektiivset heaolu erinevates füüsilise, psühholoogilise ja sotsiaalse toimetuleku dimensioonides ning võimaldada kultuuridevaheliselt võrreldavaid analüüse (Ravens-Sieberer, Erhart, et al., 2008).

Kõige suuremad erinevused ilmnesid Eesti ja Läti võrdluses, kus Eesti tulemused olid kõrgemad peaaegu kõigis käsitletud mõõtmes. Seda järeldust tuleb siiski tõlgendada ettevaatusega. Läti alusuuringus hõlmas vaid 100 tervet last ja noorukit ning uuring viidi läbi piiratud piirkondades; sama artikkel märgib ühtlasi, et Läti ja Euroopa tulemused ei erinenud kümnes HRQoL dimensioonis tervikuna statistiliselt olulisel määral. Seetõttu võivad käesolevas töös ilmnenu väga suured efektisuurused viidata lisaks sisulistele erinevustele ka valimi väiksusest, piirkondlikkusest või andmete esituse eripäradest tulenevale varieeruvusele. Kui siiski arutleda võimaluse üle, et Eesti lastel võivadki olla reaalselt kõrgemad keskmised Läti lastest paljudes dimensioonides, võivad põhjused olla järgmised: parem ligipääs vaimse tervise teenustele, kõrgem tajutud sotsiaalne tugi, erinevused koolikeskkonnas ja tervisekäitumises ning

paremad sotsiaalmajanduslikud tingimused. Mõju võivad avaldada ka erinevused pere toimetulekus, laste turvatundes ja igapäevases elukorralduses.

Olulisem on aga see, et Eesti ei osutunud kõrgema HDIga võrdlusriikide suhtes üldiselt nõrgemaks. Prantsusmaaga võrreldes oli Eesti madalam üksnes enesetajus, samas kui füüsilises tervises, heaolus, autonoomias ja peresuhetes olid Eesti näitajad kõrgemad. Itaaliaga võrreldes jäi Eesti madalamaks ainult füüsilises tervises, kuid ületas Itaaliat psühholoogilises heaolus, autonoomias, peresuhetes ja koolikeskkonnas. See muster ei toeta oletust, et kõrgema inimarengu või teistsuguse kultuuriruumiga Euroopa regiooni riikides oleks laste HRQoL kõikides mõõtmetes parem või halvem. Pigem viitab tulemus sellele, et eri riigid võivad olla tugevad erinevates heaoluvaldkondades ning Eesti puhul on suhteliselt haavatavamad just enesetaju ja füüsilise tervise dimensioonid.

Erilist tähelepanu väärib enesetaju, sest just selles mõõtmes jäi Eesti Prantsusmaale alla ning samal ajal ilmnis Eesti valimis ka töö suurim sooline erinevus. See annab alust arvata, et enesetaju ei ole käesolevas töös juhuslik kõrvalle, vaid üks keskseid valdkondi, kus Eesti noorte (eriti tütarlaste) subjektiivne heaolu on võrdlusriikide keskmisega võrreldes haavatavam. Itaaliaga võrreldes ilmnis Eesti puhul nõrgem tulemus (eriti tütarlaste) füüsilise tervise mõõtmes. See on oluline, sest viitab valdkondadele, millele tuleks Eesti laste ja noorukite heaolu uurimisel ning toetamisel rohkem tähelepanu pöörata.

Käesoleva töö Eesti valimi analüüsi KIDSCREEN-52 tulemused olid kooskõlas varasemate uuringutega vanuse- ja sooliste erinevuste kohta. Poisid hindasid oma HRQoL-d kõrgemalt heaolus, peresuhetes, autonoomias, enesetajus ja füüsilises tervises. Kõige suurem erinevus ilmnis enesetajus. Vanuserühmade võrdlus näitas, et 8–12-aastased lapsed hindasid oma HRQoL-d kõrgemalt peaaegu kõigis mõõtmetes võrreldes 13–18-aastaste noorukitega. Kõige suuremad vanuselised erinevused ilmnisid enesetaju ja koolikeskkonna mõõtmetes. Füüsilise tervise, heaolu, peresuhete ja autonoomia näitajad olid samuti nooremas vanuserühmas kõrgemad. Sõpradega seotud suhete mõõtmes statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnunud.

See tulemus on kooskõlas varasemate Euroopa KIDSCREEN-uuringutega. Bisegger jt (2005) leidsid seitsme Euroopa riigi noorte uuringus, et pärast 12. eluaastat langeb HRQoL enamikus mõõtmetes. Tüdrukutel oli langus tugevam füüsilise tervise ja psühholoogilise heaolu näitajates. Käesoleva töö tulemused näitasid Eesti valimis sarnast mustrit. Kõige suuremad erinevused ilmnisid enesetaju, füüsilise tervise ja koolikeskkonna mõõtmetes. Kolmas hüpotees

leidis kinnitust mitmes HRQoL mõõtmes, eriti keha-, mina-pildi ja kooliga seotud heaolu valdkondades.

Kuna rahvusvahelises võrdluses osutusid Eesti jaoks nõrgemaks füüsiline tervis ja enesetaju, oli põhjendatud nende mõõtmete täiendav analüüs Eesti valimis. Füüsilise tervise regressioonimudel näitas, et madalamad näitajad seostusid kehvema une kvaliteedi, pikema digiseadmete kasutamise aja ja kõrgema tajutud stressiga, samas kui spordiga seotud huvitegevuses osalemine seostus kõrgema füüsilise tervise skooriga. Enesetaju puhul osutusid oluliseks tüdrukuks olemine, kehvem une kvaliteet, pikem digiseadmete kasutamise aeg ja kõrgem tajutud stress.

Regressioonianalüüs näitas, et uni, stress, füüsiline aktiivsus ja digiseadmete kasutamine olid seotud HRQoL näitajatega. Rahvusvaheline kirjandus seostab kehvemat und, kõrgemat tajutud stressi, suuremat ekraaniaega ja väiksemat kehalist aktiivsust madalama HRQoL-ga, mistõttu ei ole need seosed käesolevas töös juhuslikud (Roeser et al., 2012). Eesti andmete analüüs näitas seejuures, et need tegurid olid tugevamalt seotud just füüsilise tervise ja enesetaju mõõtmetega.

Piirangud ja teoreetiline kooskõla

Tulemuste tõlgendamisel tuleb arvestada mitme olulise piiranguga. Esiteks põhines rahvusvaheline võrdlus teiste riikide avaldatud agregeeritud andmetel, mitte toorandmetel, mistõttu ei olnud võimalik kõigis riikides kasutada täielikult ühtseid kontrollmuutujaid ega modelleerida sama täpsusega vanuse ja soo mõju. Teiseks erinesid andmekogumisaastad, vanusevahemikud, valimite suurused ja moodustamise viisid. Piiranguks on veel see, et kui on kasutada ainult agregeeritud andmed, siis ei saa kontrollida Itaalia ja Prantsusmaa mõõtmise invariantsust (*measurement invariance*).

Teiseks tuleb arvestada, et töö ristlõikeline disain ei võimalda teha põhjuslikke järeldusi. Seetõttu ei saa väita, et suurem digikasutus või kehvem uni põhjustavad madalamat enesetaju või füüsilist tervist; saab üksnes öelda, et need nähtused esinesid koos.

Kokkuvõttes ei kinnita käesoleva töö tulemused oletust, et Eesti laste ja noorukite tervisega seotud elukvaliteet oleks madalam kui Prantsusmaal ja Itaalias. Pigem ilmneb selektiivne haavatavus kahes valdkonnas: enesetajus ja füüsilises tervises. Koos sellega, et tüdrukid ning vanemad noorukid hindasid mitmes mõõtmes oma heaolu madalamalt, osutavad tulemused

vajadusele pöörata senisest rohkem tähelepanu just keha- ja minapildiga seotud toimetulekule teismes ning noorukite füüsilise heaolu säilitamisele. Samal ajal näitavad kõrgemad tulemused autonoomia, peresuhete ja mitmes võrdluses ka koolikeskkonna mõõtmes, et Eesti laste HRQoL profiilis on olemas ka selged tugevused, millele saab toetuda nii edasistes uuringutes kui ka praktiliste soovitude sõnastamisel.

Kasutatud kirjandus

- Befus, E. G., Helseth, S., Mølland, E., Westergren, T., Fegran, L., & Haraldstad, K. (2023a). Use of KIDSCREEN health-related quality of life instruments in the general population of children and adolescents: a scoping review. In *Health and Quality of Life Outcomes* (Vol. 21, Number 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02088-z>
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Rueden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U., Duer, W., Fuerth, K., Czemy, L., Auquier, P., Robitail, S., Simeoni, M. C., Orbicini, D., Gosch, A., Erhart, M., Tountas, Y., Dimitrakaki, C., Czimbalmos, A., Kilroe, J., Bruil, J., ... Atherton, C. (2005). Health-related quality of life: Gender differences in childhood and adolescence. *Sozial- Und Praventivmedizin*, 50(5), 281–291. <https://doi.org/10.1007/s00038-005-4094-2>
- Buttitta, M., Iliescu, C., Rousseau, A., & Guerrien, A. (2014). Quality of life in overweight and obese children and adolescents: a literature review. *Research*, 23(4), 1117–1139. <https://doi.org/10.1007/sl>
- UNICEF Innocenti. (2025). Child well-being in an unpredictable world. UNICEF Innocenti –Global Office of Research and Foresight. <https://www.unicef.org/innocenti/reports/child-well-being-unpredictable-world>
- Eurostat. (2026). Self-perceived health by sex, age and income quintile (hlth_silc_10). Eurostatdatabase. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_10/default/table?lang=en
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenaes, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., ... Helseth, S. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Research*, 28(10), 2641–2650. <https://doi.org/10.2307/48705274>
- Eesti laste vaimse tervise uuringu konsortsium. Eesti laste vaimse tervise uuring. Tartu, Tallinn: Tartu Ülikool, Tervise Arengu Instituut, Turu-uuringute AS; 2024. <https://www.tai.ee/et/valjaanded/eesti-laste-vaimse-tervise-uuring>
- Helseth, S., Haraldstad, K., & Christophersen, K. A. (2015). A cross-sectional study of Health Related Quality of Life and body mass index in a Norwegian school sample (8-18 years): A

- comparison of child and parent perspectives. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0239-z>
- Herdman, M., Rajmil, L., Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M., Power, M., Alonso, J., Abel, T., Atherton, C., Auquier, P., Aymerich, M., Bauer, M., Bellach, B. M., Bisegger, C., Bruil, J., Cloetta, B., Detmar, S., Dür, W., Erhart, M., Farley, C., ... Vidalis, A. (2002). Expert consensus in the development of a European health-related quality of life measure for children and adolescents: A Delphi study. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 91(12), 1385–1390. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2002.tb02838.x>
- United Nations Development Programme. (2025). Human development report 2025: A matter of choice: People and possibilities in the age of AI. <https://doi.org/10.18356/9789211542639>
- Klugman, J., Rodríguez, F., & Choi, H. J. (2011). The HDI 2010: New controversies, old critiques. In *Journal of Economic Inequality* (Vol. 9, Number 2, pp. 249–288). <https://doi.org/10.1007/s10888-011-9178-z>
- Konstabel, K., Narusson, D., Konstabel, K., & Lasn, H. (2016). Hindamisvahenditekohandamine laste heaolu ja vaimse tervisega seotud riskide varajaseks märkamiseks: Projekti lõpparuanne. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/Riskilaste_programm/raport_1_kidscreen52_fiss.pdf
- Lazzeri, M. F. L., Mastorci, F., Piaggi, P., Doveri, C., Marinaro, I., Trivellini, G., Casu, A., Devine, C., Ait-Ali, L., Vassalle, C., & Pingitore, A. (2023). A Close Association between Body Weight, Health-Related Quality of Life, and Risk Behaviors in a Sample of Italian High School Students. *Nutrients*, 15(24). <https://doi.org/10.3390/nu15245107>
- Meade, T., & Dowswell, E. (2015). Health-related quality of life in a sample of Australian adolescents: gender and age comparison. *Quality of Life Research*, 24(12), 2933–2938. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1033-4>
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D. C., & Abel, T. (2009). Age and Gender Differences in Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents in Europe: A Multilevel Analysis. *Research*, 18(9), 1147–1157. <https://doi.org/10.1007/sl>
- Navarro, D., Montserrat, C., Malo, S., González, M., Casas, F., & Crous, G. (2017). Subjective well-being: what do adolescents say? *Child and Family Social Work*, 22(1), 175–184. <https://doi.org/10.1111/cfs.12215>

- Oja, L., Slapšinskaitė, A., Piksööt, J., & Šmigelskas, K. (2020). Baltic adolescents' health behaviour: An international comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228609>
- Ottova, V., Erhart, M., Rajmil, L., Dettenborn-Betz, L., & Ravens-Sieberer, U. (2012). Overweight and its impact on the health-related quality of life in children and adolescents: results from the European KIDSCREEN survey. *Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1007/sl>
- Pilato, J., Dorard, G., & Untas, A. (2024). Prevalence and quality of life of 11–15-year-old adolescent young carers in France: a school-based study. *European Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02383-0>
- Rajmil, L., Herdman, M., Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., & Alonso, J. (2014). Socioeconomic inequalities in mental health and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents from 11 European countries. *International Journal of Public Health*, 59(1), 95–105. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0479-9>
- Ravens-Sieberer, U. (2007). *KIDSCREEN KIDSCREEN Screening for and Promotion of Screening for and Promotion of Health Health--related Quality of Life in related Quality of Life in Children & Adolescents Children & Adolescents--A European Public Health A European Public Health Perspective Perspective.*
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Erhart, M., Von Rueden, U., Nickel, J., Kurth, B.-M., Duer, W., Fuerth, K., Power, M., Atherton, C., Phillips, K., Abel, T., Cloetta, B., Bisegger, C., Farley, C., Bjorner, J., Van Buuren, S., Rigby, M., Tennant, A., ... Waters, E. (n.d.). *The KIDSCREEN questionnaires Quality of life questionnaires for children and adolescents-Handbook-THE KIDSCREEN GROUP EUROPE.* <https://www.kidscreen.org/english/questionnaires/implementation-manual/>
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Auquier, P., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmas, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., Fuerth, K., Simeoni, M. C., Robitail, S., Nickel, J., ... Phillips, K. (2008). The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: Psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value in Health*, 11(4), 645–658. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00291.x>

- Ravens-Sieberer, U., Karow, A., Barthel, D., & Klasen, F. (2014). How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(2), 147–158.
<https://doi.org/10.31887/dens.2014.16.2/usieberer>
- Reiss, F., Meyrose, A. K., Otto, C., Lampert, T., Klasen, F., & Ravens-Sieberer, U. (2019). Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS ONE*, 14(3).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213700>
- Roeser, K., Eichholz, R., Schwerdtle, B., Schlarb, A. A., & Kübler, A. (2012). Relationship of sleep quality and health-related quality of life in adolescents according to selfand proxy ratings: A questionnaire survey. *Frontiers in Psychiatry*, 3(SEP).
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2012.00076>
- Tapina, S., Vasite, K., Bebre-Putka, V., Garsa, E., & Rumba-Rozenfelde, I. (2021). Quality of Life in Healthy Children in Latvia. *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences, Section B: Natural, Exact, and Applied Sciences*, 75(5), 392–396.
<https://doi.org/10.2478/prolas-2021-0057>
- Timár, E., & Rees -November, G. (n.d.). *Child Poverty in High-Income Countries*. Retrieved www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children
- Wang, J., Jin, W., Shi, L., Geng, Y., Zhu, X., & Hu, W. (2022). Health-Related Quality of Life in Children: The Roles of Age, Gender and Interpersonal Trust. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22).
<https://doi.org/10.3390/ijerph192215408>
- World Medical Association. (2024). WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

LISAD

Lisa 1

Valimi kirjeldus ja KIDSCREEN-52 tulemused riikide ja vanuserühmade lõikes

	8–18 Eesti	8–18 Läti	11–15 Eesti	11–15 Prantsusmaa	14–19 Eesti	14–20 Itaalia
Valim (kokku)	672	100	270	1375	276	1511
Poisid	318	NA	136	423	115	576
Tüdrukud	354	NA	134	952	161	935
Mitmekeelne	158	NA	85	544	47	NA
Õdesid-vendi on	560	NA	231	1620	220	NA
Ühe vanemaga	119	NA	45	236	52	NA
HDI indeks	0.905	0.889	0.905	0.920	0.905	0.915

Märkus. Väärtused on esitatud kujul M (SD). NA = andmed puuduvad. HDI = inimagerengu indeks.

Valimi kirjeldus ja KIDSCREEN-52 tulemused riikide ja vanuserühmade lõikes

KIDSCREEN-52 mõõde	M (SD) Eesti (8-18 a.)	M (SD) Läti (8-18 a.)	M (SD) (11–15 a.) Eesti	M (SD) (11–15 a.) Prantsusmaa	M (SD) (14–19 a.) Eesti	M (SD) 14–20 a.) Itaalia
Füüsiline tervis	47.67(11.0)	41.21(3.37)	48.13(11.4)	44.74 (9.78)	44.55(10.)	50.20(26.9)
Heaolu	45.90(10.4)	46.49(3.63)	46.49(10.7)	45.07(10.6)	42.76(9.5)	35.20 (6.50)
Enesetaju	47.71(10.9)	26.46 (2.79)	45.45 (9.43)	48.55(10.2)	43.05(9.6)	42.60 (8.70)
Autonoomia	48.20(10.3)	33.89 (3.19)	48.05(11.1)	45.54(10.6)	46.81(9.6)	40.50 (9.10)
Pere	47.83(10.2)	38.09 (3.44)	47.75(10.8)	45.63(11.1)	45.93(9.7)	43.30(10.4)
Sõbrad	47.26(10.5)	40.41 (3.62)	47.31(11.2)	46.77(10.9)	46.91(10.)	46.00 (9.90)
Kool	47.07 (9.56)	36.44 (2.99)	45.45 (9.43)	46.22 (9.54)	44.21(7.6)	41.80 (7.20)

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Grebeškova Tatjana

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose
“Tervisega seotud elukvaliteet (HRQoL) lastel ja noorukitel Eesti, Läti, Prantsusmaa ja Itaalia võrdlus”, mille juhendajad on Iris Tuvi ja Kenn Konstabel, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada Tartu Ülikooli digitaalarhiivi kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
2. annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
3. olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile;
4. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Tatjana Grebeškova

11.05.2026